

Twin City Medical Center

Instructions relatives au formulaire de demande d'aide financière

Il s'agit d'une demande d'aide financière à *CommonSpirit Health* (site agréé NHSC).

CommonSpirit Health offre une aide financière aux personnes et aux familles qui remplissent certaines conditions de revenus. Vous avez peut-être droit à des soins gratuits ou à prix réduit selon la taille de votre famille et vos revenus, même si vous avez une assurance santé. Une aide est apportée aux patients dont les revenus familiaux sont inférieurs à 400 % des Directives fédérales sur le niveau de pauvreté. Vous trouverez plus d'informations sur les Directives fédérales sur le niveau de pauvreté sur <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Que couvre l'aide financière ? L'aide financière hospitalière couvre les services hospitaliers appropriés fournis par CommonSpirit Health selon votre éligibilité. L'aide financière peut ne pas couvrir tous les frais de santé, notamment les services fournis par d'autres organisations.

Si vous avez des questions ou besoin d'aide pour remplir cette demande : Vous pouvez obtenir de l'aide pour tout motif, y compris une aide linguistique et en cas d'invalidité au : 844-428-7500

Pour que votre demande soit traitée, vous devez :

- Nous fournir des renseignements sur votre famille**
- Nous fournir des renseignements sur le revenu mensuel brut de votre famille (revenu avant impôts et déductions)**
- Fournir les documents justifiant des revenus de votre famille**
- Joindre des renseignements supplémentaires au besoin**
- Signer et dater le formulaire**

Envoyez ou faxez la demande complète accompagnée de tous les documents à : Twin City Medical Center, Attn: Financial Counselor, 819 N First Street, Dennison, OH 44621 Fax : 740-922-7412. Assurez-vous d'en garder un exemplaire pour vous.

Pour soumettre votre demande complète en personne Twin City Medical Center, 819 N. First St., Dennison, OH 44621

Nous vous informerons de la décision finale d'éligibilité et des droits d'appel, le cas échéant, sous 30 jours calendaires à compter de la réception d'une demande d'aide financière complète, y compris les documents justifiant de vos revenus.

En envoyant une demande d'aide financière, vous consentez à ce que nous faisons les enquêtes nécessaires pour confirmer les obligations et les renseignements financiers.

Nous voulons vous aider. Veuillez envoyer votre demande rapidement !

Vous risquez de recevoir des factures jusqu'à ce que nous recevions vos renseignements.

Twin City Medical Center
Formulaire de demande d'aide financière (sites agréés NHSC) - Confidentiel

Veillez renseigner intégralement le formulaire. Si une rubrique est sans objet, inscrivez « s.o. ». Joignez des pages supplémentaires au besoin

RENSEIGNEMENTS DE SÉLECTION

Avez-vous besoin d'un interprète ? **Oui** **Non** *Si Oui, indiquez la langue souhaitée :*

Le patient est-il bénéficiaire de services publics de l'état, comme des coupons alimentaires ou le programme de nutrition supplémentaire pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC) ? **Oui** **Non**

Les besoins de soins médicaux du patient sont-ils liés à un accident de voiture ou à un accident du travail ? **Oui**
 Non

Répertoriez les hôpitaux CommonSpirit Health où vous avez été traités :

REMARQUE

- Nous ne pouvons pas garantir que vous serez éligible à l'aide financière, même vous en faites la demande.
- Une fois votre demande envoyée, nous sommes susceptibles de vérifier tous les renseignements et de vous demander des renseignements supplémentaires ou une preuve de vos revenus.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT ET LE DEMANDEUR

Prénom du patient	Deuxième prénom du patient		Nom de famille du patient
Date de naissance	Numéros de compte du patient :		Numéro de téléphone principal () _____ () _____
Personne en charge du paiement des factures	Lien avec le patient	Date de naissance	Adresse e-mail : _____
Adresse postale _____			
Ville		État	Code postal
Situation d'emploi de la personne en charge du paiement des factures <input type="checkbox"/> Employé (date d'embauche : _____) <input type="checkbox"/> Sans emploi (depuis combien de temps : _____) <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre (_____)			

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Notez tous les membres de votre famille vivant sous votre toit, y compris vous-même. « Famille » comprend deux personnes ou plus liées par filiation, mariage ou adoption, qui vivent ensemble. Si un patient peut déclarer une personne comme étant à charge sur sa déclaration de revenus, cette personne serait une membre de la famille du patient aux fins de cette demande.

TAILLE DE LA FAMILLE _____

Joignez une page supplémentaire au besoin

Nom	Date de naissance	Lien avec le patient	Si cette personne a 18 ans ou plus : Nom de(s) employeur(s) ou source de revenus	Si cette personne a 18 ans ou plus : Revenu mensuel brut total (avant impôts) :	Demande-t-elle également une aide financière ?
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non
					Oui / Non

Les revenus de tous les membres adultes de la famille doivent être divulgués. Les sources de revenus comprennent, par exemple :

- Salaires - Chômage - Activité indépendante - Indemnisation des accidentés du travail - Invalidité - SSI
- Pension alimentaire pour un enfant/conjoint - Programmes d'études en alternance (étudiants) - Retraite
- Pension de retraite
- Autre (*précisez*) :

Twin City Medical Center
Formulaire de demande d'aide financière - Confidentiel

RENSEIGNEMENTS SUR LES REVENUS

N'OUBLIEZ PAS : Vous devez fournir une preuve de revenus avec votre demande.

Vous devez fournir des renseignements sur les revenus de votre famille. La vérification des revenus est nécessaire pour déterminer l'aide financière.

Tous les membres de votre famille âgés de 18 ans et plus doivent divulguer leurs revenus. Veuillez fournir une preuve de chaque source de revenus identifiée.

Exemples de preuve de revenus :

- Déclaration de revenus de l'année passée, y compris les formulaires le cas échéant ; ou
- Une déclaration de retenue « W-2 » ; ou
- Des bulletins de paie actuels (3 mois) ; ou
- Une déclaration écrite et signée des employeurs ou autres ; ou
- Une acceptation/un refus d'éligibilité pour une indemnité de chômage.

Si vous n'avez pas de preuve de vos revenus ou si vous n'avez aucun revenu, joignez une page supplémentaire contenant une déclaration signée expliquant comment vous assumez les dépenses minimales de la vie quotidienne.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Veuillez joindre une page supplémentaire si vous souhaitez nous communiquer d'autres renseignements sur votre situation financière actuelle, comme des difficultés financières, des frais médicaux excessifs, des revenus saisonniers ou temporaires, ou la perte d'un proche.

ACCORD DU PATIENT

Je comprends que CommonSpirit Health peut vérifier les renseignements en obtenant des renseignements auprès d'autres sources pour les aider à déterminer mon éligibilité à une aide financière ou à des plans de paiement.

- Je certifie que les renseignements fournis sont corrects et exacts pour autant que je sache.
- Je comprends que si je ne coopère pas avec CommonSpirit Health pour leur fournir les renseignements demandés, ma demande sera rejetée.
- Je comprends que les renseignements envoyés sont soumis à une vérification par CommonSpirit Health
- Je comprends que des renseignements supplémentaires peuvent être demandés afin d'être éligible à l'aide.

Si vous recevez un paiement d'une compagnie d'assurance, d'un plan d'indemnisation des accidentés du travail, ou de tout autre tiers, vous acceptez d'informer l'hôpital d'un tel paiement. L'hôpital conserve son droit de percevoir les frais facturés totaux originaux si un tiers vous fournit un paiement pour les services hospitaliers.

Signature du demandeur

Date